



Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins

➤ Dossier p.22

Maltraitance en établissement : les personnes âgées requièrent votre attention



➤ L'essentiel
**Le Cnom prend
position sur la fin
de vie** p. 5

➤ Réflexion
**Clause de conscience :
un principe à préserver**
p. 10

➤ Jurispratique
**Protection de l'enfance :
les devoirs des
médecins** p. 14

➤ **L'essentiel** | 04

• Le conseil national de l'Ordre des médecins prend position sur la fin de vie

• Régulation médicale : un rôle central dans la permanence des soins

➤ **Sur le terrain** | 08

SphereS, l'hôpital virtuel

➤ **Réflexion** | 10

La clause de conscience, un principe à préserver

➤ **Ailleurs** | 21

E-learning : une formation en éthique de la recherche

➤ **Courrier des lecteurs** | 28

➤ **La voix des associations** | 29

Association Alma : Allô Maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées

➤ **Culture médicale** | 30

La sélection du numéro

➤ **À vous la parole** | 32

D^r François Bandal, médecin réanimateur à l'hôpital de Vierzon, et réserviste sanitaire

➤ **Dossier** | 22

Maltraitance en établissement : les personnes âgées requièrent votre attention



©BURGER/PHANIE

En France, les maltraitances physiques et/ou psychologiques toucheraient 5 % des personnes de plus de 65 ans et 15 % des plus de 75 ans, soit 600 000 personnes, selon l'association Alma France. Tandis que des outils sont développés pour faire évoluer les pratiques, les médecins apparaissent encore peu sensibilisés.

Cahier jurispratique | 13

- PROTECTION DE L'ENFANCE : LES DEVOIRS DES MÉDECINS | 14
- SÉVICES À MINEUR : MODÈLE TYPE DE SIGNALEMENT | 15
- PARTICIPATION FINANCIÈRE DEMANDÉE AU PATIENT POUR L'ARCHIVAGE DES EXAMENS D'IMAGERIE MÉDICALE | 16
- AVIS DE L'ORDRE SUR LA PROPOSITION DE LOI VISANT À PERMETTRE AUX MUTUELLES DE METTRE EN PLACE DES RÉSEAUX DE SOINS | 17
- SECRET PROFESSIONNEL MÉDICAL PARTAGÉ DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ | 18
- APPEL À CANDIDATURES POUR LE RENOUVELLEMENT PAR MOITIÉ DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS | 19

Vos réactions nous intéressent

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins :
180, bd Haussmann
75389 Paris Cedex 08
ou par mail :
conseil.national@cn.medecin.fr

Assistance médicale à la procréation : non à la stigmatisation des médecins !

La Direction générale de la santé a attiré l'attention du conseil national de l'Ordre des médecins sur l'augmentation du nombre de couples résidant en France qui vont à l'étranger pour bénéficier d'une assistance médicale à la procréation avec don d'ovocytes. Les législations des pays, en Europe notamment, sont disparates, voire contradictoires. L'Agence de la biomédecine anime d'ailleurs un groupe de travail rassemblant les représentants des pays européens pour définir des règles communes sur les indications, l'utilisation et les bonnes pratiques de l'assistance médicale à la procréation et du don d'ovocytes. Le conseil national de l'Ordre des médecins souhaite qu'une solution soit rapidement trouvée au niveau européen. En attendant, on stigmatise les médecins en leur rappelant les sanctions qu'ils encourent en prenant en charge leurs patientes. On pratique l'amalgame entre une poignée de médecins qui se sont lancés dans une entreprise de marchandisation du corps humain, au mépris des règles déontologiques, et l'ensemble de notre profession.

C'est inacceptable.

Le conseil national de l'Ordre des médecins tient à redire sa confiance envers ses confrères qui sont confrontés, dans leur exercice quotidien, à ces sujets si difficiles et si sensibles que sont le mal-être, la pathologie du couple, le désarroi des femmes et le devenir de l'enfant. Le conseil national souhaite aussi engager une réflexion sur l'éthique et la déontologie qui animent les médecins, notamment les gynécologues obstétriciens, dans la prise en charge des couples qui souffrent d'infertilité ou qui sont en demande d'enfants.



Dr Michel Legmann,
président du conseil national de l'Ordre des médecins



Dr Walter Vorhauer,
secrétaire général du conseil national de l'Ordre des médecins

médecins 

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr Walter Vorhauer - ORDRE DES MÉDECINS, 180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08. Tél. : 01 5389 3200.

E-mail : conseil-national@cn.medecin.fr - RÉDACTEUR EN CHEF : Dr André Deseur - COORDINATION : Évelyne Acchiardi

- CONCEPTION ET RÉALISATION : CITIZEN PRESS 48, rue Vivienne, 75002 Paris - RESPONSABLE D'ÉDITION : Claire Peltier - DIRECTION ARTISTIQUE :

Marie-Laure Noel - SecrÉTARIAT DE RÉDACTION : Alexandra Roy - FABRICATION : Sylvie Esquer - COUVERTURE : BSIP - IMPRESSION : Imprimerie Vincent

- Tous les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs - DÉPÔT LÉGAL : à parution - n° 16758 - ISSN : 1967-2845.



Ce document a été réalisé selon des procédés respectueux de l'environnement.

➤ Régulation médicale : un rôle central dans la permanence des soins

Le conseil national de l'Ordre des médecins publie pour la 10^e année consécutive son enquête nationale sur la permanence des soins. Cet état des lieux confirme les évolutions des années précédentes : diminution des secteurs de garde, arrêt de la permanence des soins après minuit, renforcement de la régulation médicale...

Réalisée en janvier 2013, cette enquête annuelle sur la permanence des soins démontre une nouvelle fois que les médecins ont assumé leurs responsabilités professionnelles vis-à-vis de la population. Pour autant, l'organisation de la permanence des soins continue globalement de se dégrader. En cause : la pénurie de médecins, dans un contexte démographique tendu ; le déclin du volontariat et le vieillissement des médecins volontaires. Mais, peu à peu, de nouvelles formes d'organisation émergent : renforcement de la régulation médicale libérale, mise en place de médecins effecteurs mobiles sillonnant le département après minuit, création de maisons médicales de garde... Des évolutions déjà perceptibles les années passées se confirment également. Ainsi, la baisse du nombre de territoires de permanence des soins (resectorisation), de l'ordre de 16 %, est la plus importante rencontrée depuis 2003.



© GARD/PHANIE

Publication des cahiers des charges

L'année 2012 aura été marquée par la publication de la quasi-totalité des cahiers des charges régionaux de la permanence des soins en métropole et en Outrem. Sur le fond, les cahiers des charges mettent en avant l'importance de renforcer la régulation médicale pendant les horaires de la permanence des soins. Ils

EN CHIFFRES

1910

On recense 1910 secteurs de garde en 2013 contre 2267 en 2012.

entendent aussi privilégier l'accès à la permanence des soins en points fixes, et diminuer ou supprimer la présence d'effecteurs en nuit profonde. En pratique, le recul n'est pas suffisant pour apprécier les effets des mesures prises par les agences régionales de santé. L'Ordre regrette toutefois de ne pas avoir été suffisamment associé à la concertation, dans certaines régions.

D' François Simon, conseiller national, président de la commission de la permanence des soins, membre de la section Exercice professionnel

ZOOM SUR LA RÉGULATION MÉDICALE

En janvier 2013, 2652 médecins libéraux participaient à la régulation médicale. Ce chiffre, en hausse de 6 %, traduit le rôle pivot de la régulation médicale pour une bonne organisation de la permanence des soins. Organisée le plus souvent au sein des centres 15, la régulation médicale permet aux médecins hospitaliers et aux médecins libéraux de travailler en commun. Elle facilite la coopération dans la prise en charge des appels. Enfin, la régulation médicale donne globalement satisfaction aux médecins de garde, même si des difficultés ponctuelles peuvent toujours exister. Pour toutes ces raisons, les conseils départementaux de l'Ordre estiment nécessaire de la consolider.

+ D'INFOS

www.conseil-national.medecin.fr

Le conseil national de l'Ordre des médecins prend position sur la fin de vie

Alors que le gouvernement remet en question la loi sur la fin de vie, le conseil national de l'Ordre des médecins a rendu publique une position de synthèse, dans laquelle il ouvre la voie à une évolution de la législation pour répondre à des situations exceptionnelles.

Jusqu'ici tenu à l'écart de ces travaux, sur un sujet qui implique pourtant au quotidien la profession médicale, le conseil national de l'Ordre des médecins a souhaité apporter sa contribution à ce débat fondamental. Sa position de synthèse intitulée « Fin de vie, assistance à mourir » repose sur deux valeurs fondamentales : le respect de la dignité des patients et la défense des principes éthiques qui régissent l'exercice de la médecine. Cette note a été présentée à l'ensemble des conseils départementaux et régionaux, réunis en assemblée générale le 8 février dernier.

Dans cette position de synthèse, l'Ordre souligne la nécessité de mieux faire connaître et de mieux appliquer les dispositions législatives existantes. Il envisage par

devoir d'humanité, dans des situations exceptionnelles, après avis d'un collège composé notamment de médecins, d'autoriser de mettre un terme à des souffrances devenues intolérables.

Quatre grands axes de travail sont développés dans cette synthèse :

1. Promouvoir la connaissance, l'accompagnement et l'application de la loi Leonetti.
2. Envisager une évolution de la législation sur la fin de vie en réponse à des situations exceptionnelles.
3. Informer le grand public des dispositions de la loi concernant les directives anticipées et la personne de confiance.
4. Réaffirmer explicitement la clause de conscience des médecins.



© BURGER/PHANIE

+ D'INFOS

www.conseil-national.medecin.fr

► Pour lire l'intégralité de cette synthèse

► Pour consulter les résultats de l'enquête sur la fin de vie Ipsos/Cnom

L'Ordre mérite votre confiance !

À l'issue d'un contrôle strict et approfondi de dix-huit mois qui a porté sur tous les échelons de l'Ordre des médecins (national, régional, départemental), la Cour des comptes n'a pas formulé de critiques fondamentales et graves sur notre organisation, notre fonctionnement et notre gestion.

Ce contrôle n'a d'ailleurs donné lieu à aucune publication : alors que c'est le cas lorsque la Cour des comptes constate des dysfonctionnements majeurs, dont les médias se font l'écho. Au contraire, ce contrôle se termine sur une vingtaine de recommandations qui vont toutes dans le sens d'une amélioration, voire d'une optimisation du fonctionnement de l'institution ordinaire. Certaines

sont du ressort de l'Ordre des médecins en interne, d'autres dépendent exclusivement des pouvoirs publics. La Cour relève d'ailleurs que les pouvoirs publics ne fournissent pas à l'Ordre les outils législatifs ou réglementaires suffisants pour mener à bien les actions que l'on attend de lui.

Finalement, au terme de cet audit qui reflète un certain satisfecit, la crédibilité et la confiance que l'ensemble des médecins accordent à leur institution représentative ne peuvent qu'en sortir justement renforcées. Ainsi, et quoi qu'en disent ses détracteurs, l'Ordre remplit bien ses fonctions au service des médecins dans l'intérêt des patients.

**D' Michel Legmann, président
du conseil national de l'Ordre des médecins**

↳ Descendance :

favoriser la recherche contre le diabète de type 2

Le programme Descendance recherche 500 patients diabétiques dont au moins un parent diabétique est encore en vie et dont un frère (ou une sœur) âgé de plus de 35 ans est non diabétique. Objectif : réaliser des comparaisons statistiques fiables entre les profils génétiques des deux enfants, l'un diabétique, l'autre non.

Si la génétique est un moyen de prédire et de prévenir, c'est aussi un moyen de comprendre le diabète et de mieux le traiter. Parmi plusieurs millions de mutations, quelles sont les quelques anomalies génétiques qui vont être responsables de l'apparition du diabète ?

Face au véritable problème de santé publique que constitue le diabète de type 2, une meilleure connaissance des facteurs génétiques et héréditaires représente une approche très pertinente. Une telle démarche passe par la prise en compte non plus des seuls individus ayant déclaré un diabète, mais bien des familles à fort risque de transmission de la maladie. C'est pourquoi l'Association française des diabétiques soutient le programme Descendance, qui a pour objectif la mise au point d'un diagnostic génétique des prédis-

positions au diabète de type 2. Pour cela, il doit recruter des personnes atteintes de diabète 2 dont au moins un parent diabétique est encore en vie et dont un frère (ou une sœur) âgé de plus de 35 ans est non diabétique.

Un programme qui allie génétique, hérédité et épigénétique

Descendance veut aussi étudier l'épigénétique, c'est-à-dire les effets de l'environnement sur la mutation des gènes. L'épigénétique est ce qui permet à une espèce de s'adapter à des changements brutaux de l'environnement. C'est incontestablement ce que nous vivons actuellement et l'épidémie du diabète 2 en est la conséquence. Les avancées de ces recherches ont aussi un effet sur les pratiques médicales. En déterminant la cause du diabète, voire les raisons

qui précèdent l'apparition de la maladie, on doit pouvoir donner le traitement ou les recommandations hygiéniques efficaces. C'est cette médecine dite personnalisée qui permet d'enrichir la relation singulière entre le patient et le soignant. Cette relation singulière fondamentale pour une médecine de qualité, et donc performante, s'inscrit dans un ensemble beaucoup plus vaste que la stratégie médicamenteuse. Elle englobe l'environnement culturel, social et économique. Dans ce contexte, le médecin au service de la personne mène aussi une action de santé publique.

Le programme Descendance qui allie la génétique, l'hérédité et l'épigénétique, s'inscrit dans une démarche de recherche de santé publique à laquelle tout médecin ne peut qu'adhérer.

Gérard Raymond,
président national de l'Association française des diabétiques

+ D'INFOS

www.conseil-national.medecin.fr
▶ www.afd.asso.fr
▶ Contactez le numéro vert 0800 300 341

Pilules de 3^e et 4^e générations : un numéro vert pour rassurer

La confiance des femmes dans la contraception est un enjeu majeur de santé publique. Le ministère de la Santé a mis en place un numéro vert pour répondre aux questions que les femmes se posent sur leurs pilules de 3^e et 4^e générations. Le conseil national de l'Ordre des médecins a également publié sur son site une note de l'Agence nationale de sécurité du médicament destinée aux médecins généralistes, médecins gynécologues et sage femmes.



+ D'INFOS

Pour plus d'informations :
▶ www.choisirsacontraception.fr
▶ www.anism.sanfe.fr
▶ www.conseil-national.medecin.fr

N° Vert 0 800 636 636
(n° vert, appel gratuit, de 9h à 20h)



Mieux prendre en charge les plaintes du sommeil chez le sujet âgé

Situation repère n° 2 : plainte chronique

Les modifications physiologiques du sommeil des seniors sont sources de plaintes et débouchent sur une prescription chronique de somnifères (principalement des benzodiazépines), chez 3,5 millions de plus de 65 ans (30 %). Pour mieux diagnostiquer ces troubles et réduire cette prescription, trois situations repères : plainte récente, plainte chronique, prise chronique de somnifères.

Devant un patient âgé se plaignant d'insomnie chronique, notamment quand celui-ci, en fin de consultation médicale, demande un renouvellement de son somnifère, le médecin traitant peut proposer une consultation dédiée. Il s'agit d'aborder en priorité ce sujet lors de la prochaine consultation afin de discuter et d'explorer cette

plainte. En effet, le sentiment de « mal dormir » pousse de nombreuses personnes âgées à se plaindre d'insomnie, sans que cela en soit véritablement une. Cette consultation est l'occasion de rechercher les signes associés, d'identifier les causes des plaintes du sommeil telles que les douleurs nocturnes, les troubles urinaires ou la prise d'alcool, d'éliminer la dépression ou le syndrome d'apnée du sommeil relevant d'une prise en charge spécifique.

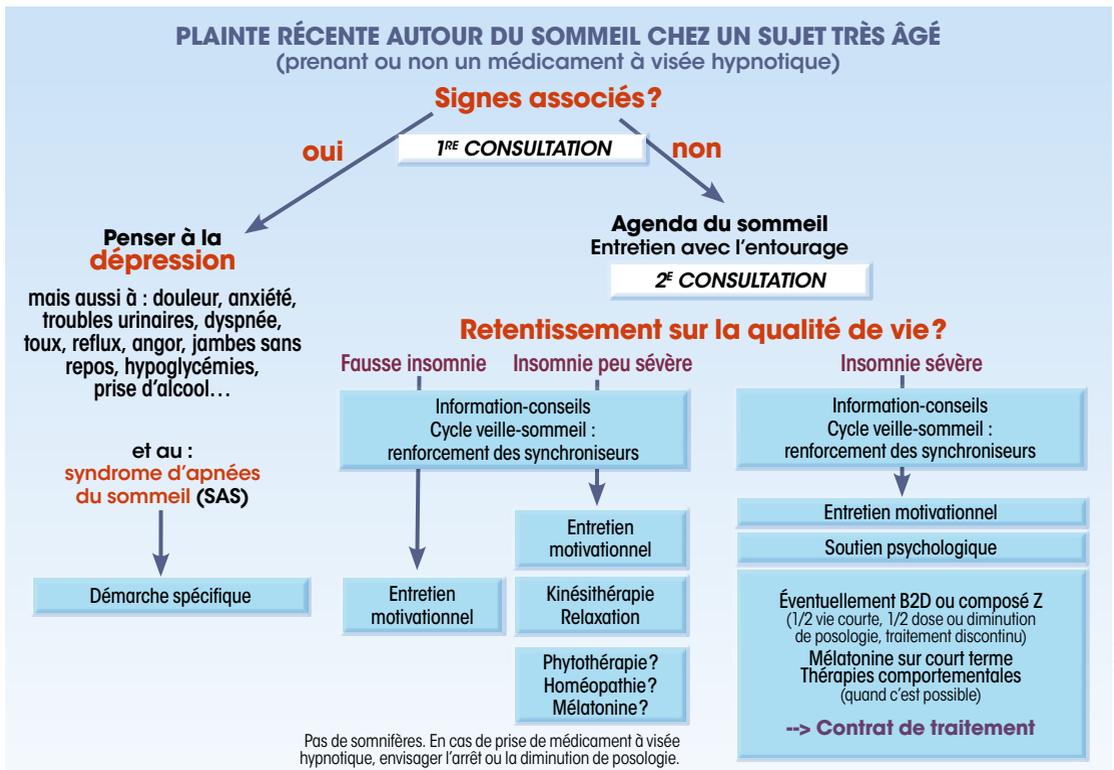
Sans signes associés, il faudra explorer le sommeil. 10 à 20 % des plaintes du sommeil sont de véritables insomnies et peuvent alors relever d'un traitement par somnifères, de courte durée, en prévoyant l'arrêt dès la première prescription (contrat de traitement). Les techniques de relaxation et les thérapies

cognitivo-comportementales, quand elles sont possibles, sont appropriées à la prise en charge des insomnies, y compris chez le sujet âgé. L'analyse, par le médecin, des habitudes de vie du patient permet d'apporter des conseils adaptés, et ainsi d'améliorer la qualité de son sommeil (horaires de lever et coucher réguliers, activités physiques régulières, pas d'excitants tels que café, thé, alcool en fin d'après-midi...).

+ D'INFOS

www.has-sante.fr

- Arbre décisionnel « Plainte chronique autour du sommeil »
- Agenda du sommeil
- Recommandations pour la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale
- « Conseil pour mieux dormir »





► Coordination des soins

SphereS, l'hôpital virtuel

Le réseau parisien SphereS coordonne la prise en charge, en ville, de patients souffrant d'une pathologie aiguë habituellement déléguée à l'hôpital. Encore peu connu des professionnels de santé, ce modèle de soins unique en France ne demande qu'à grandir.

Un simple SMS avertit le D^r Joseph-Alain Ruimy qu'un nouveau patient est « sphérisé ». « Une suspicion de thrombose veineuse profonde, pathologie potentiellement grave que l'on confie fréquemment aux urgences hospitalières », détaille cet urgentiste libéral.

Les praticiens de ville jugent en effet cette prise en charge contraignante, et parfois insuffisamment sécurisée. Mais SphereS fait le pari inverse. « Il ne s'agit pas d'éviter l'hôpital à tout prix, mais de coordonner un parcours de soins en ville, sans risque pour les patients », détaille le D^r Ruimy, cofondateur de SphereS. Ce réseau de santé propose donc aux médecins de ville la logistique nécessaire au maintien au domicile des patients : un accès facilité au « plateau technique » dont dispose la ville (biologistes, radiologues, avis spécialisés...), des référentiels scientifiques décrivant les critères de prise en charge ambulatoire du patient, ses traitements, etc. Et enfin une aide à la prise en charge des patients allant de la surveillance de l'évolution clinique au recueil des examens complémentaires. « Un établissement hospitalier dispose en général d'une seule IRM, souvent saturée, pour tous ses patients, alors que les médecins en ville ont accès à de

nombreux centres d'imagerie. Il suffit d'organiser ces ressources », précise Raphaël Elfassi, urgentiste libéral, cofondateur du réseau.

Un suivi pratique

La coordinatrice administrative recueille les éléments cliniques sur un système d'information sécurisé et partagé avec les membres du réseau impliqués dans le parcours de soins.

Elle veille au respect des procédures de prise en charge, facilite la prise des rendez-vous des examens complémentaires et s'assure de la transmission des résultats aux médecins traitants et aux patients. Elle effectue un suivi téléphonique des patients, avertit les médecins coordinateurs et médecins traitants en cas de problème. « SphereS propose un suivi pratique que nous n'avons pas toujours le temps de réaliser. Ses médecins coordinateurs nous donnent un second avis médical si quelque chose nous a échappé. La prise en charge est plus sûre », estime Xavier Leguil, généraliste dans le 4^e arrondissement de la capitale.

Le patient, quant à lui, reste à son domicile et s'évite le stress d'une hospitalisation.

En filigrane se dessinent aussi le désengorgement des urgences et la baisse des coûts liés aux hospitalisations évitables.



Les quatre coordinateurs médicaux s'assurent du respect des protocoles et procédures définissant le parcours du patient, et sont à la disposition des médecins et parfois des patients.



Mobilisation difficile

Cinq pathologies aiguës et un symptôme sont aujourd'hui concernés par le dispositif : thrombose veineuse profonde des membres inférieurs, pyélonéphrite aiguë et prostatite aiguë, pneumonie aiguë communautaire, et douleurs thoraciques. Depuis décembre, le réseau inclut également les patients ayant un accident ischémique transitoire à faible score ABCD2. « Et nous travaillons sur les troubles cognitifs aigus des personnes âgées, les vertiges, les exacerbations aiguës des BPCO », complètent les deux praticiens. Si le réseau s'ouvre actuellement à de nouveaux terri-



Si l'Île-de-France compte une centaine de réseaux de soins (le plus souvent pour des pathologies chroniques), Spheres est le seul en France à gérer plusieurs pathologies aiguës. Il est financé par Fonds d'intervention régional de l'ARS.



toires et de nouvelles pathologies, il rencontre malgré tout quelques freins. « Nous ne gérons qu'une soixantaine de cas par mois, adressés par une trentaine de médecins. En cause, la difficile mobilisation des praticiens et un financement précaire », regrette Joseph-Alain Ruimy. La solution viendra peut-être de la Caisse nationale d'assurance maladie, qui se penche sur la modélisation et la diffusion du dispositif.

+ D'INFOS

www.reseau-spheres.com // amospheres@mac.com,



Un partenariat avec les urgences médicales de Paris garantit une permanence des soins 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Des accès directs spécifiques sont organisés dans des services spécialisés hospitaliers si l'état de santé des patients le nécessite.



Les docteurs Jean-Alain Ruimy, Raphaël Elfassi, Fabrice Amann et Olivier Boyer, tous les quatre urgentistes libéraux, sont les quatre coordinateurs médicaux « à temps partiel » du réseau. Alexandra Loy Sfez en est la coordinatrice administrative.



D^{rs} Joseph-Alain Ruimy et Raphaël Elfassi, fondateurs du réseau Spheres.

“ Une alternative à l'hospitalisation ”

Témoignage

Le réseau Spheres est une alternative à l'hospitalisation, puisque nous considérons que la ville est un grand hôpital virtuel, avec ses médecins traitants, ses spécialistes, son plateau technique, ses urgences. Notre rôle est de coordonner le parcours du soin du patient dans cet hôpital virtuel. Le réseau est un relais, un soutien logistique pour les médecins et leurs patients, afin de sécuriser la prise en charge de pathologies aiguës trop souvent adressées aux services hospitaliers pour des raisons plus logistiques que médicales. Le but n'est pas d'éviter l'hôpital à tout prix, mais plutôt de le considérer comme une ressource, et non comme un moyen par défaut. Par ailleurs, des études montrent que la prise en charge par le réseau (honoraires, fonctionnement du réseau, hospitalisations éventuelles) coûte sensiblement moins cher qu'un passage aux urgences.

La clause de conscience, un principe à préserver

Exprimé au plan juridique dans certains cas seulement, le droit pour le médecin de dire non est clairement encadré dans le code de déontologie. Cette clause de conscience pourrait être questionnée, voire remise en cause, lors de prochains débats de société en France. Mais l'Ordre y est fermement attaché.

La clause de conscience, c'est, pour le médecin, le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Cette liberté concerne aussi les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes, les auxiliaires... et d'autres professionnels en dehors de ceux chargés d'une mission de soins. La loi Veil du 17 janvier 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse évoque pour la première fois, et sous condition, la possibilité pour le médecin de se récuser au motif de ce principe.

Le champ d'application de la clause de conscience a par la suite été élargi aux stérilisations contraceptives, puis par la loi de bioéthique de 2011 à la recherche sur les embryons humains. Dans sa décision du 27 juin 2001, le Conseil constitutionnel a reconnu la liberté de conscience comme un principe fondamental, puis la loi du 4 mars 2002 a confirmé le droit du médecin « *de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles* ».

Dans le cadre des éventuelles évolutions de la loi sur la fin de vie, mais aussi d'autres débats tels que celui sur l'extension du champ de l'assistance médicale à la procréation (AMP), le Cnom tient à rappeler l'existence, les conditions et l'importance de cette clause de conscience. Faisant ainsi écho aux réflexions d'autres institutions : l'Académie de médecine et le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) se sont autosaisis, notamment sur la question de l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes homosexuelles.

Au-delà de ces sujets, c'est une question beaucoup plus large qui se profile : la médecine doit-elle répondre aussi à des désirs personnels, à des demandes sociétales quand elles ne sont pas dues à une maladie ?

Bon à savoir

ARTICLE 47 DU CODE DE DÉONTOLOGIE (R.4127-47 du code de la santé publique)

« **Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.**

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.»



DR

Dr Jean-Marie Faroudja

Il est conseiller national de l'Ordre, membre de la section éthique et déontologique du Cnom et président du conseil départemental de l'Ordre de la Dordogne. Il est l'auteur du rapport « Clause de conscience du médecin », adopté par le Cnom lors de sa session du 16 décembre 2011.



DR

Pr Christian Hervé

Il est praticien aux Hôpitaux universitaires Paris Ouest (Hupo) et à l'hôpital Max-Fourestier (Cash de Nanterre).

Il est également professeur à la faculté de médecine Paris-Descartes, dont il dirige le laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale.



DR

Claude Rambaud

est présidente du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) depuis janvier 2013, et préside l'association Le Lien (infections nosocomiales-sécurité des soins) depuis 2006.

Quels sont les fondements juridiques de la clause de conscience ?

Dr Jean-Marie Faroudja :

L'article 47 de notre code de déontologie, transposé dans l'article R.4127-47 du code de la santé publique (CSP), stipule que le médecin a le droit de dire « non » dans certaines circonstances, sans pour autant qu'il soit obligé d'exposer ses convictions intimes. Mais à une triple condition : ce ne doit pas, ou plus être, un cas d'urgence ; il doit informer sans délai le patient de sa décision ; il doit transmettre toutes les informations nécessaires à un confrère désigné par le patient, et apporter la preuve qu'il a bien rempli sa mission (document daté et signé, trace au dossier...). Attention, le médecin doit s'assurer que sa décision ne contrevient pas aux dispositions de l'article 7 du code de déontologie, lequel condamne tout refus de soins qui serait lié à l'origine, aux mœurs ou à la religion du patient.

Pr Christian Hervé : La clause

de conscience du médecin est le symétrique du libre choix du patient. La loi du 4 mars 2002, très importante, reconnaît au patient le droit au refus de soins. Ce texte vise à rééquilibrer une asymétrie dans la relation médecin-patient, en plaçant au même niveau le savoir médical et l'autonomie raisonnée du patient. Dès lors que ce droit au refus est reconnu au patient, il est logique de le reconnaître au médecin, tout en l'encadrant.

Claude Rambaud : Il n'y a pas de symétrie dans la relation entre le médecin, dominant de par ses connaissances, et le patient affaibli par la maladie. Une minorité de patients est réellement en mesure de participer activement au choix de son traitement, et le choix de son médecin n'est pas toujours possible, en particulier à l'hôpital. Le « libre choix » du patient reste donc théorique. Ce qui n'enlève rien à la légitimité de la clause de conscience du médecin, en dehors des cas d'urgence et dans l'absence de toute discrimination.

Dans quels cas est-il légitime d'en faire usage ?

Dr Jean-Marie Faroudja : Pour le moment, le principe de la clause de conscience n'est clairement exprimé que dans le cadre du refus de stérilisation (art. L.2123-1 du CSP), d'IVG (art. L.2212-8) et de recherche sur l'embryon (art. L.2151-7-1). Ce droit inaliénable doit pouvoir être exprimé par tous les soignants : un chef de service ne peut forcer une infirmière à participer à la réalisation d'un avortement, même thérapeutique. Si le médecin peut invoquer la clause de conscience pour refuser de pratiquer lui-même un acte, il ne peut imposer la même attitude à son service et doit en confier l'exécution à un membre de son équipe qui n'y verrait pas d'objection. Par ailleurs, la clause de conscience peut être « modulable » : on peut être hostile à l'exécution d'un acte d'une façon générale, et cependant accepter de le pratiquer dans des situations particulières.



La clause de conscience, un principe à préserver

Avec la participation de...



Dr Jean-Marie Faroudja, conseiller national de l'Ordre, membre de la section éthique et déontologique du Cnom et président du conseil départemental de l'Ordre de la Dordogne.

Pr Christian Hervé, praticien aux Hôpitaux universitaires Paris Ouest (Hupo) et à l'hôpital Max-Fourestier (Cash de Nanterre).

Claude Rambaud, présidente du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss).

►►► Pr Christian Hervé :

La clause de conscience pour motifs personnels n'est qu'un élément mineur justifiant des refus de soins, lesquels sont bien plus souvent motivés par des raisons médicales, des priorités économiques ou de santé publique. Refuser une nouvelle thérapie à un patient car il ne correspond pas au ciblage biologique, une greffe de rein car il y a une liste d'attente, un antibiotique car il est inutile, un médicament de marque au profit d'un générique, un arrêt de travail car il n'est pas justifié... ces refus sont légitimes. En revanche, ne pas accepter des patients CMU sous prétexte que les caisses remboursent trop tard, c'est un scandale et une question de fond saillante aujourd'hui.

La clause de conscience est-elle parfois invoquée de façon abusive ?

Claude Rambaud : Il est arrivé que des refus de soins de patients atteints du VIH soient signalés aux associations, pour lesquels la clause de conscience du médecin ne peut s'appliquer. Dans certains cas, ce principe

est reconnu dans les textes mais pourrait être contesté : si un chirurgien se refuse par exemple pour des raisons idéologiques, à ligaturer les trompes d'une femme au cours de sa troisième césarienne, alors que cette femme le demande, sachant les risques très élevés de rupture utérine lors d'une quatrième grossesse... En revanche, aucun litige concernant un refus d'IVG n'est remonté jusqu'à nous, parce que les services qui les pratiquent sont listés, connus et accessibles.

Dr Jean-Marie Faroudja :

À ma connaissance, la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre n'a pas eu à traiter d'affaire dans laquelle un médecin aurait abusivement invoqué sa clause de conscience.

Pourrait-elle être remise en cause par des évolutions de la société ?

Dr Jean-Marie Faroudja :

Des menaces existent en effet. En 2010, un projet de résolution de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe prévoyait d'« obliger les professionnels de santé à donner le traitement désiré auquel le patient a légalement droit en dépit de leur objection de conscience ». Contraire à tous les principes admis en Europe, le texte a été opportunément retiré. Si une loi autorisant l'euthanasie est prochainement discutée en France, la clause de conscience devra absolument y figurer. Le

médecin refusant de participer à cet acte devra pouvoir confier son patient à un confrère, sans pour autant qu'une liste de médecins susceptibles d'y répondre ne voie le jour... La question se posera également en cas d'autorisation de la PMA pour les couples homosexuels.

Claude Rambaud : Un refus de soins dans le cadre de la PMA pour les couples homosexuels relèverait de la discrimination, et non de la clause de conscience. En revanche, ce principe doit évidemment s'appliquer au domaine de la fin de vie, et être étendu aux infirmières.

Actuellement, aucune clause de conscience n'est prévue dans la loi Leonetti. Or si l'arrêt des soins est décidé collégalement par des médecins, c'est bien souvent l'infirmière qui doit passer à l'acte. Elle devrait pouvoir invoquer cette clause.

Pr Christian Hervé :

La médecine évolue et doit répondre aux besoins de la société, sans pour autant violer les consciences des uns ou des autres. Les soignants qui le souhaitent pourront être formés aux nouvelles pratiques à la faculté de médecine et dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Les autres ne peuvent avoir d'obligation, à condition d'orienter judicieusement les personnes qui se présentent à eux. Il reste au secteur public à assurer le développement de ces pratiques afin qu'elles ne soient aucunement discriminatoires.

E-learning : une formation en éthique de la recherche



TRREE (Training and Resources in Research Ethic Evaluation)

est un site qui propose des formations en ligne en libre accès en éthique de la recherche. Interview

du Pr Dominique Sprumont, professeur en droit et responsable de ce site.

Pourquoi avoir créé le site TRREE ?

La création du site d'e-learning TRREE part d'un constat : les médecins impliqués dans la recherche clinique ne sont pas formés suffisamment tôt aux principes éthiques de la recherche. Il existe de gros besoins de formation dans ce domaine. Dans le système actuel, l'enseignement sur la recherche se concentre sur la formation aux bonnes pratiques cliniques (GCP), avec le soutien de l'industrie pharmaceutique. Mais ces formations sont dispensées sans que les participants n'aient acquis au préalable de solides bases en éthique de la recherche. La création de TRREE, en 2009, vise à combler ces carences.

Que propose TRREE ?

TRREE propose des modules de formation en ligne (e-learning) en éthique de la recherche. Ils ont été développés en partenariat avec des enseignants, des chercheurs et des membres de comités d'éthique d'Afrique et d'Europe. La première étape a été d'évaluer les besoins dans les pays cibles : Mali, Cameroun, Tanzanie et Suisse. Depuis, d'autres pays ont développé un module adapté à leur législation et plusieurs autres sont en phase de développement en Europe, en Afrique et en Asie. Ces modules sont destinés aux membres des comités d'éthique de la recherche, aux équipes de recherche, aux étudiants... Ils répondent à un triple objectif adapté à chaque pays : donner une vision claire des principes de base d'éthique de la recherche, préciser le cadre normatif applicable, décrire les fondements de l'évaluation éthique d'un protocole.

TRREE continue à mettre en ligne de nouveaux modules selon les besoins. En 2011, nous avons ajouté une formation sur le consentement éclairé et, en 2012, une autre sur les bonnes pratiques cliniques (GCP) qui est reconnue par l'Institut suisse des médicaments. Pour pouvoir y accéder, il faut avoir suivi au préalable les modules de formation de base en éthique de la recherche.

Comment les modules de formation de TRREE sont-ils disponibles ?

Nous sommes une organisation sans but lucratif reposant sur des fonds publics européens, suisses et canadiens. Nos modules de formation ont vocation à rester disponibles gratuitement, surtout pour les pays d'Afrique qui ont besoin de ce type de ressources. TRREE apporte un vrai plus aux équipes de recherche : il leur permet d'accéder à toutes les normes éthiques et juridiques édictées au niveau international, européen et américain concernant la recherche médicale, ainsi qu'à la législation nationale dans les pays concernés. C'est le seul site à rassembler ce type d'informations. Étant multilingue, TRREE permet aussi à ses utilisateurs de se familiariser avec la terminologie et les documents de référence dans d'autres langues, dont l'anglais.

Vous avez collaboré avec le Dr Deau, du Cnom, au sein d'un groupe de travail d'éthique de l'Association médicale mondiale afin d'actualiser la déclaration d'Helsinki, qui rassemble les principes éthiques applicables à la recherche médicale. Qu'en pensez-vous ?

La déclaration d'Helsinki peut être considérée comme la « Constitution » de l'éthique de la recherche. C'est un document fondateur. La réviser aussi régulièrement ne semble pas une très bonne idée pour en défendre au mieux les principes. La position défendue par TRREE à ce propos rejoint celle de l'Ordre des médecins français ou de la Fédération des médecins suisses.

+ D'INFOS

<http://elearning.trree.org>



N° 28 MARS - AVRIL 2013

CAHIER JURISPRATIQUE

- 14** Protection de l'enfance :
les devoirs des médecins
-
- 15** Sévices à mineur :
modèle type de signalement
-
- 16** Participation financière
demandée au patient pour
l'archivage des examens
d'imagerie médicale
-
- 17** Avis de l'Ordre sur la
proposition de loi visant à
permettre aux mutuelles
de mettre en place
des réseaux de soins
-
- 18** Secret professionnel
médical partagé dans un
établissement de santé
-
- 19** Appel à candidatures
pour le renouvellement
par moitié du Conseil national
de l'Ordre des médecins



www.conseil-national.medecin.fr

Retrouvez votre information de référence
sur le site de l'Ordre des médecins

- Vos informations réglementaires, juridiques
et pratiques sur l'espace « Médecin »
- Les rapports et les publications
de l'Ordre
- Les articles du code de déontologie
et ses commentaires

Protection de l'enfance : les devoirs des médecins

Le dispositif d'alerte, d'évaluation et de signalement de l'enfance maltraitée a été amélioré depuis la loi réformant la protection de l'enfance, publiée au *Journal officiel* du 6 mars 2007.

Pourquoi signaler ?

Le signalement au procureur de la République des sévices constatés a pour objet de protéger d'urgence le mineur victime de sévices.

1. C'est un devoir déontologique

Le devoir de signalement du médecin découle des dispositions de l'article 44 du code de déontologie médicale. Cependant, cet article recommande au médecin d'agir avec prudence et circonspection et d'alerter les autorités administratives et judiciaires pour protéger au mieux la personne, en fonction de plusieurs facteurs :

- un signalement aux autorités sur de simples présumptions peut déstabiliser une famille ;
- l'hospitalisation de l'enfant peut être une mesure de sauvegarde et de mise à l'abri du risque.

Le médecin aura à peser les différents avantages et inconvénients, dans la situation considérée, les solutions possibles avant de prendre une décision. Il peut solliciter un avis auprès du conseil départemental ou national.

2. C'est une permission de la loi

L'article 226-14, 2° du code pénal autorise les médecins qui en ont connaissance à dénoncer les sévices ou privations. (Le rapprochement de ces dispositions avec celles de l'article 434-3 réprimant la non-dénonciation des sévices et qui exclut expressément leur application aux personnes tenues au secret professionnel montre clairement qu'il ne s'agit pas d'une obligation de dénonciation pour le médecin.)

La difficulté d'appréciation de la situation peut conduire le médecin, au moins temporairement, à préférer d'autres mesures (hospitalisation par exemple) que le signalement.

En cas de constat de sévices infligés à un mineur ou à une personne vulnérable, un médecin ne saurait rester passif sans encourir les peines de l'article 223-6 du code pénal réprimant la non-assistance à personne en danger.

Qui prévenir ?

Le procureur de la République ou le substitut au tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur. Une permanence est assurée 24 heures sur 24. Les commissariats de police et brigades de gendarmerie disposent de la liste des magistrats de permanence et de leurs coordonnées téléphoniques.

Le médecin n'encourt aucune poursuite disciplinaire du fait d'un signalement adressé aux autorités compétentes et dans les conditions fixées à l'article 226-14 du code pénal.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République. Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

(Cf. modèle de rédaction d'un signalement, page ci-contre)

Que faire face à la situation d'un enfant qu'on estime inquiétante ?

(Cf. article 43 du code de déontologie.)

Le médecin peut être amené à relever certains éléments qui lui laissent supposer ou craindre que l'intérêt de l'enfant est mal compris par son entourage et qu'il se trouve en situation de danger ou de risque de danger (carences éducatives et/ou sanitaires). Ces éléments, qualifiés d'« informations préoccupantes », peuvent être partagés entre professionnels concernés par la protection de l'enfance, dont les médecins.

Lorsqu'ils sont préoccupés par la situation d'un enfant (lorsque sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou risquent de l'être), les médecins peuvent **contacter la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante (Crip)**, placée sous la responsabilité du président du conseil général. Le médecin doit informer de cette démarche les représentants légaux du mineur (parents, tuteur), sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Les informations à caractère médical restent couvertes par le secret médical et ne doivent être partagées qu'avec le médecin de la cellule départementale. L'Ordre des médecins plaide pour qu'un médecin soit présent au sein de chaque cellule.

La cellule va procéder à l'évaluation de la situation et déterminer les actions de protection et d'aide dont le mineur et sa famille peuvent bénéficier.

Séances à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévices dont il est victime. L'article 226-14 du code pénal délègue le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le ministère de la Justice, le ministère des Affaires sociales et de la Santé, le ministère délégué à la Famille, le conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République.

Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

FICHE DE SIGNALEMENT

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour

(en toutes lettres) :

Date : (jour de la semaine et chiffre du mois)

Année :

Heure :

L'enfant :

- **nom :**

- **prénom :**

- **date de naissance :** (en toutes lettres)

.....

- **sexe :**

- **adresse :**

- **nationalité :**

Accompagné de : (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant)

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'enfant nous a dit que :

«

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui Non

(rayer la mention inutile)

Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

.....

.....

.....

Description des lésions s'il y a lieu :

(noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Cachet
du médecin :**

Participation financière demandée au patient pour l'archivage des examens d'imagerie médicale

La convention nationale des médecins généralistes et spécialistes permet aux médecins conventionnés de facturer au cours d'une même séance un acte remboursé et un acte hors nomenclature.

1. En application de la réglementation relative à l'information sur les tarifs d'honoraires, le médecin devra faire mention du supplément d'archivage dans l'affichage de ses honoraires, dans la mesure où ce supplément d'archivage sera une prestation souvent pratiquée. Rappelons également que la réglementation impose, dans l'affichage, la mention suivante : « Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer » (article R. 1111-21 et R. 1111-22 du code de la santé publique). Cette proposition devra être expliquée au patient et son choix devra rester totalement libre.

2. L'avenant n° 24 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 10 septembre 2007, avait prévu la possibilité d'un supplément de rémunération pour l'archivage numérique des images radiologiques. Il en résulte nécessairement que pour l'Uncam la rémunération de l'acte de radiologie n'inclut pas cet archivage. On doit noter, à ce propos, que la décision de l'Uncam du 11 mars 2005 relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'Assurance maladie (*Journal officiel* du 30 mars 2005) a abrogé, pour les radiologues, le titre 1 de la troisième partie de la

NGAP intitulé Actes de radiodiagnostic. Il y était mentionné : « La cotation d'un examen radiologique est globale quel que soit le support utilisé à l'exception du supplément éventuel pour numérisation ». L'annulation par le Conseil d'État, le 21 juillet 2009, de l'article 4 de l'avenant n° 24 créant l'option conventionnelle, dite option archivage, ne remet pas en question le fait que l'archivage n'est pas compris dans le coût de l'acte de radiologie. Elle interdit uniquement la prise en charge de l'archivage par les organismes d'assurance maladie.

Il y a là une spécificité liée à l'activité de radiologie dès lors que pour les autres disciplines médicales le coût de l'archivage est compris dans le coût de l'acte. Il convient aussi de souligner que le médecin radiologue est tenu de conserver le compte rendu dans le dossier médical qu'il constitue.

3. Le supplément d'archivage ne pourrait être proposé au patient qu'à prix coûtant dès lors que l'archivage ne comprend aucune prestation intellectuelle : la médecine ne s'exerce pas comme un commerce. Il convient à cet égard et au-delà de toute question juridique de bien mesurer l'impact de cette proposition pour la relation entre le médecin et son patient. Malgré les explications qui auront été fournies, inmanquablement certains patients auront le sentiment de se trouver dans une boutique où pour quelques euros de plus on propose au client de souscrire une assurance ou tout autre service supplémentaire lié à l'achat d'un bien. Si le patient refuse de payer ce supplément pour archivage numérique, cela ne fait pas obstacle à la réalisation de l'examen radiologique, mais l'archivage numérique n'aura pas lieu. Bien entendu, le médecin radiologue devra en tout état de cause remettre au patient les images radiologiques sur le support le plus adapté à sa prise en charge.

D' André Deseur,
président de la section Exercice professionnel

Avis de l'Ordre sur la proposition de loi visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins

L'Assemblée nationale a adopté le 28 novembre 2012 la proposition de loi de M. Bruno Le Roux visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins. À l'heure où nous mettons sous presse, cette proposition de loi a été déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale. Le conseil national de l'Ordre des médecins propose son analyse de ce texte.

Article 1^{er}

L'article 1^{er} de la proposition de loi prévoit que les mutuelles peuvent différencier les remboursements proposés aux mutualistes suivant que le professionnel de santé ou l'établissement de santé ou le service de santé auquel ils ont eu recours a ou non conclu une convention avec une mutuelle.

Cette disposition vise spécifiquement les mutuelles parce que la réglementation permet déjà aux autres organismes de protection sociale complémentaire (assurances, institutions de prévoyance) de moduler leurs remboursements suivant que leurs adhérents se sont ou non adressés à des praticiens « conventionnés ».

Article 2

L'article 2 de la proposition de loi encadre les conventions conclues entre professionnels de santé et organismes de protection sociale complémentaire, qu'il s'agisse ou non de mutuelles.

Ces conventions engagent les organismes de protection sociale sur le niveau ou la nature des garanties, et le professionnel de santé sur les services qu'il rend, ses prestations, ses tarifs et ses prix.

Elles devront respecter deux principes.

1. Elles ne peuvent comporter de stipulation portant atteinte au libre choix du patient.
2. L'adhésion aux conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires et on ne peut imposer dans cette convention une clause d'exclusivité professionnelle.

Ces dispositions sont-elles applicables aux médecins ?

On doit relever qu'au cours de la discussion en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale un amendement a été introduit, avec l'accord du gouvernement, dans la proposition initiale. Il prévoit que les conventions conclues avec les médecins ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et aux prestations pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

On relèvera aussi que dès l'origine les parlementaires ont entendu répondre aux problématiques de renoncement aux soins lorsque les prestations sont très faiblement prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, ce qui est le cas des prothèses dentaires, des audioprothèses et de l'optique.

Pour autant, la vigilance s'impose dès lors :

- que les médecins pourraient à tout moment être réintroduits dans le dispositif;
- que des conventions sont conclues indépendamment de la question des tarifs (tiers payant...);
- que le conventionnement tarifaire reste possible pour tous les actes non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le respect du libre choix et de la déontologie médicale

Lors de la discussion parlementaire, la présidente de la commission des affaires sociales et la ministre de la Santé ont tenté de rassurer sur le libre choix en faisant valoir que les organismes de protection sociale complémentaire rembourseraient toujours leurs assurés quel que soit le professionnel de santé auquel ils auraient recours et que ces professionnels ne pourraient pas être tenus par des clauses d'exclusivité avec les organismes complémentaires. Il a également été indiqué par la rapporteure que des études, menées dans le domaine de l'optique, démontrent que les assurés ne se rendent pas systématiquement, ni même majoritairement, dans les centres conventionnés.

Pour autant, un certain nombre de parlementaires

ont estimé que des différences notables de prise en charge pouvaient bien évidemment conduire les assurés à délaisser leurs professionnels de santé habituels pour choisir des professionnels de santé ou des établissements de santé conventionnés. La possibilité de constituer des réseaux fermés a été également contestée à juste titre.

En dehors même des questions tarifaires, on peut se poser la question de ce qu'on attend du professionnel de santé puisqu'il est prévu que le conventionnement puisse porter sur les services rendus et les prestations

Si, bien évidemment, le service du tiers payant est visé, la rédaction laisse la place à d'éventuelles atteintes à l'indépendance du praticien.

Dans ces conditions, il apparaît raisonnable de demander que le texte soit complété en prévoyant :

1. Que les conventions conclues avec les médecins ne peuvent pas porter atteinte au droit fondamental du libre choix du médecin ni à son indépendance professionnelle.
2. Que les conventions, lorsqu'elles portent sur des tarifs pratiqués par des médecins, ne peuvent relever d'un processus de conventionnement individuel mais d'une négociation avec les syndicats médicaux représentatifs.
3. Que les médecins ne peuvent conclure de conventions proposées par des réseaux fermés.

Secret professionnel médical partagé dans un établissement de santé

Suite au numéro spécial du *Bulletin de l'Ordre des Médecins* sur le secret médical, de nombreux médecins ont souhaité avoir des éclaircissements sur la notion de secret médical partagé dans un établissement de santé et sur le respect du secret médical lors du codage des dossiers des patients.

Concernant le secret médical partagé dans un établissement de santé

Il convient de rappeler les dispositions de l'article L. 1110-4, 3^e alinéa du code de la santé publique, aux termes desquelles : « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. » Ainsi, le secret médical ne se partage, avec l'accord du patient, qu'entre professionnels de santé participant aux soins du patient et à proportion de ce qui est nécessaire à chacun d'eux pour accomplir sa mission.

En revanche, les assistantes sociales n'ont pas la qualité de professionnel de santé et ne participent

pas à la continuité des soins. Elles ne peuvent donc pas avoir accès aux informations médicales concernant les patients pris en charge.

Concernant le secret médical et le codage des dossiers des patients

Il convient de rappeler les dispositions de l'article L. 6113-7 avant dernier alinéa du code de la santé publique selon lesquelles : « Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret. »

L'article R. 6113-5 du code de la santé publique précise que : « Les médecins chargés de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers comportant de telles données sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Il en est de même des personnels placés ou détachés auprès de ces médecins et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous leur autorité, ainsi que des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données. »

D' Piernick CRESSARD,
président de la section Ethique et déontologie

Appel à candidatures pour le renouvellement par moitié du Conseil national de l'Ordre des médecins

En application des articles L. 4132-1, R. 4122-1 et R. 4125-3 (1^{er} alinéa) du code de la santé publique, le Conseil national procédera aux élections pour le **1^{er} renouvellement par moitié** des membres du Conseil national.

Ces élections auront lieu : LE JEUDI 13 JUIN 2013

Les membres sortants sont les docteurs FAROUDJA et FILLOL (Aquitaine), GUYONNARD (Bourgogne), SIMON (Bretagne), CRESSARD (Centre), AHR (Champagne-Ardenne), LEOPOLDI (Corse), LEON (IDF- Essonne), LEBRAT (Franche-Comté), LEGMANN (IDF- Hauts-de-Seine), BOHL (Lorraine), OUSTRIC (Midi-Pyrénées), DEZETTER (Nord-Pas-de-Calais), LUCAS et WILMET (Pays de la Loire), STEFANI (Basse-Normandie), COLSON (Poitou-Charentes), ROSSANT-LUMBROSO (Provence-Alpes-Côte d'Azur), PARRENIN et ROMESTAING (Rhône- Alpes), DESEUR (IDF-Seine-et-Marne), LE DOUARIN (IDF-Val-de-Marne), LAGARDE (IDF-Val-d'Oise), GELARD-THOMACHOT (titulaire, Guadeloupe), MOZAR (*suppléant*, Guadeloupe), COURBIS (titulaire, Réunion-Mayotte), ABDULLA (*suppléant*, Réunion-Mayotte)

Sont à pourvoir :

- deux sièges pour la région **Aquitaine**
- un siège pour la région **Bourgogne**
- un siège pour la région **Bretagne**
- un siège pour la région **Centre**
- un siège pour la région **Champagne-Ardenne**
- un siège pour la région **Corse**
- un siège pour la région **Franche-Comté**
- un siège pour la région **Île-de-France (département de l'Essonne)**
- un siège pour la région **Île-de-France (département des Hauts-de-Seine)**
- un siège pour la région **Île-de-France (département de la Seine-et-Marne)**
- un siège pour la région **Île-de-France (département du Val-de-Marne)**
- un siège pour la région **Île-de-France (département du Val-d'Oise)**

- un siège pour la région **Lorraine**
- un siège pour la région **Midi-Pyrénées**
- un siège pour la région **Nord-Pas-de-Calais**
- de deux sièges pour la région **Pays de la Loire**
- un siège pour la région **Basse-Normandie**
- un siège pour la région **Poitou-Charentes**
- un siège pour la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**
- deux sièges pour la région **Rhône-Alpes**
- un siège de titulaire et un siège de suppléant pour la région **Guadeloupe**
- un siège de titulaire et un siège de suppléant pour la région **Réunion-Mayotte**

Dépôt des candidatures

Le candidat se fait connaître par lettre adressée au Président du Conseil national de l'Ordre des médecins (180, boulevard Haussmann, 75008 Paris), revêtue de sa signature et **recommandée avec demande d'avis de réception**.

Elle peut aussi être déposée au Conseil national. Il en sera donné un récépissé.

Il devra également indiquer le siège auquel il se présente.

Les candidatures doivent impérativement PARVENIR au siège du Conseil national, dans le délai de deux mois à **30 jours au moins avant le jour de l'élection**.

La clôture du dépôt des candidatures est fixée au **mardi 14 mai 2013 à 16h00** (article R. 4125-1, 3^e alinéa).

Toute candidature parvenue après l'expiration de ce délai est irrecevable. Le cachet de la poste ne sera pas pris en compte.

Chaque candidat doit indiquer ses nom et prénoms, son adresse, sa date de naissance, et le cas échéant, sa qualification professionnelle et ses fonctions dans les organismes professionnels.

Il peut joindre à l'attention des électeurs une profession de foi (facultatif) selon les dispositions de l'article R. 4123-2-4° du code de la santé publique : « Celle-ci, rédigée en français sur une seule page qui ne peut dépasser le format 210 x 297 mm (A4), en noir et blanc, ne peut être consacrée qu'à la présentation du candidat au nom duquel elle est diffusée et à des questions entrant dans le champ de compétence de l'ordre en application de l'article L. 4121-2. » Cette profession de foi sera photocopiée en fonction du nombre des électeurs et jointe à la liste des candidats qui servira de bulletin de vote.

Retrait de candidature

(article R. 4125-1 du CSP)

Le retrait de candidature ne peut intervenir que dans l'intervalle compris entre le dépôt de celle-ci et la date d'envoi des instruments de vote c'est-à-dire avant le **mardi 21 mai 2013**. Il est notifié au conseil national soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par dépôt au siège de ce conseil contre un récépissé.

Éligibilité

Sont éligibles les médecins inscrits au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre du ressort de la région ou de l'interrégion à condition :

- de posséder la nationalité française ou d'être ressortissant de l'un des États membres de la Communauté européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen;
- d'être à jour de leur cotisation ordinale (article R. 4125-1 du CSP).

Ne sont pas éligibles les praticiens faisant ou ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire définitive et non amnistiée prononcée conformément à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique ou à l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale.

Électeurs

Sont électeurs, pour chacune des régions, concernées, les membres titulaires des conseils départementaux du ressort de la région ou de l'interrégion.

Le vote

(article R. 4122-2 du CSP)

Il a lieu par correspondance. Il est adressé ou déposé, obligatoirement, au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins, 180, boulevard Haussmann, 75008 Paris. Il prend fin le jour de l'élection, le **jeudi 13 juin 2013 à 18h00**. Tout bulletin parvenu après cette date n'est pas valable (art. R. 4122-3 du CSP).

Le dépouillement

(article R. 4122-3 du CSP)

Il est public et aura lieu sans désenvelopper le **jeudi 13 juin 2013 à 18h05** au siège du Conseil national de l'Ordre des médecins, 180, boulevard Haussmann, 75008 Paris.

Les résultats sont proclamés par région ou interrégion : les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix jusqu'à concurrence du nombre de sièges à pourvoir, sont élus titulaires. Pour la région de la Guadeloupe et l'interrégion Réunion-Mayotte, les candidats suivants dans l'ordre du nombre de voix et jusqu'à concurrence des postes à pourvoir sont élus suppléants.

La durée des mandats des sièges renouvelables est de six ans.

Délais de recours

(article R. 4125-7 CSP)

Les élections peuvent être déférées dans le délai de 15 jours devant le tribunal administratif :

- par les médecins ayant droit de vote. Pour eux le délai court à partir du jour de l'élection;
- par le ministre chargé de la Santé à partir de la date de réception du procès-verbal de l'élection.



Maltraitance en établissement : les personnes âgées requièrent votre attention

En France, les maltraitances physiques et/ou psychologiques toucheraient 5 % des personnes de plus de 65 ans et 15 % des plus de 75 ans, soit 600000 personnes, selon l'association Alma France. Tandis que des outils sont développés pour faire évoluer les pratiques, les médecins apparaissent encore peu sensibilisés.



© BURGER/PHANIE

« **E**n janvier 2012, une réorganisation de la maison de retraite dans laquelle vit Mme X. aurait joué en sa défaveur. L'appelant relate que sa mère aurait perdu 7 kg et n'en pèserait aujourd'hui que 35. Il pense que sa mère n'est pas nourrie suffisamment. De plus, elle aurait changé de chambre à de nombreuses reprises, ce qui l'aurait perturbée et amenée à déambuler dans l'établissement. Mme X. est désormais attachée à son siège durant la journée. L'appelant pense que cette contention est

abusive, a rencontré le médecin et la direction à ce sujet, en vain d'après lui. Il pense que sa mère finira par mourir de ces mauvais traitements. » Ce témoignage constitue l'un des 175 000 appels reçus sur la ligne d'écoute 3977, ouverte depuis 2008 à toute personne souhaitant signaler un cas de maltraitance envers une personne âgée ou handicapée.

L'association Habeo, qui gère la ligne, peut contacter dans les cas critiques une association locale du réseau Alma (Allô Maltraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées, voir p. 28), voire saisir l'agence régionale de santé ou le conseil général. « Ces signalements ne reflètent qu'une petite partie de la réalité, souligne le D^r Bernard

POINT DE VUE de l'Ordre



« Face à la maltraitance, les médecins se doivent de réagir »

D^r Irène Kahn-Bensaude,
vice-présidente du conseil national de l'Ordre
et présidente du conseil départemental de Paris

« Dans l'ensemble, les médecins sont davantage sensibilisés à la maltraitance des enfants qu'à celle des personnes âgées, laquelle peut être très insidieuse. Ils n'ont pas forcément conscience, par exemple, qu'entrer dans une chambre sans frapper, ne pas dire bonjour au patient et lui demander familièrement « comment ça va, mémé? », sont des formes de maltraitance. Fin 2012, un médecin témoin de faits graves au sein d'un service hospitalier pour personnes âgées – des repas étaient donnés en quelques minutes sur les toilettes, notamment – a été poursuivi pour non-dénonciation et a écopé de plusieurs mois de prison avec sursis, ainsi que d'une condamnation disciplinaire. Il n'avait rien dit de peur de nuire à l'image de son service. Les confrères témoins de tels actes se doivent de réagir. En prévenant le directeur de l'hôpital, de la clinique ou de l'Ehpad et en impulsant des réunions avec les personnels

soignants et non soignants, pour expliquer ce qu'est la bientraitance et tenter de faire bouger les choses. Dans un cas flagrant de mauvais traitements, l'article 44 du code de déontologie impose au médecin de protéger la personne vulnérable et de signaler les faits au procureur de la République, même sans l'accord du patient. L'article 226-14 du code pénal le délie alors du secret professionnel. Il doit indiquer dans son signalement ce qu'il a constaté, sans interprétation ni dénonciation de l'auteur. S'il respecte ces conditions, aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée contre lui du fait du signalement aux autorités compétentes (loi du 17 janvier 2002). »

+ D'INFOS

L'article 44 du code de déontologie sur le signalement de la maltraitance et ses commentaires : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-44-services-268>



Focus

MobiQual : soigner et prendre soin

Porté par la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), le programme national MobiQual¹ vise depuis 2006 à soutenir l'amélioration des pratiques professionnelles en Ehpad, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées.



Initié dans le cadre du Plan douleur 2006-2010, il s'inscrit depuis lors dans les différents plans de santé publique et reçoit le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).
 « Viser la bientraitance conduit à s'interroger sur la qualité des soins techniques et relationnels. Les thématiques initiales du programme sont ainsi la bientraitance, la douleur, les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie, la dépression et la prévention du suicide. Nous avons travaillé plus récemment sur la dénutrition et l'alimentation, ainsi que sur les spécificités de la maladie d'Alzheimer, explique le D^r Geneviève Ruault, déléguée générale de la SFGG et responsable du programme MobiQual.

À chacune de ces thématiques correspond un outil de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique quotidienne sous forme de mallette. Ces outils sont conçus par la SFGG, en lien avec les sociétés savantes et acteurs professionnels concernés. » Chaque mallette est ainsi constituée, selon le sujet, d'outils de repérage, d'évaluation et de suivi, de diaporamas, de films accompagnés de leurs guides de l'animateur, de fiches pratiques et autres documents imprimables. Les contenus sont fondés sur les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'Anesm².

Responsabiliser les acteurs de soins

Plus de 40000 de ces outils ont été diffusés à ce jour, sur demande motivée à la SFGG, pour une utilisation directe en établissement, et depuis 2011 à l'occasion d'une cinquantaine de journées départementales co-organisées avec les



Duportet, président d'Habeo. *Dès qu'un cas de maltraitance à personne âgée est médiatisé, le nombre d'appels est immédiatement multiplié par dix. »*

Une prise de conscience récente

Apparue dans les années 1980 dans les pays anglo-saxons, la notion de maltraitance physique, psychologique ou financière des personnes âgées a été définie en

1987 par le Conseil de l'Europe (voir encadré p. 26). En France, le P^r Robert Hugonot a médiatisé cette problématique et promu le développement de la fondation Alma dans les années 1990, avant que de premiers rapports et textes législatifs ne voient le jour dans les années 2000. Parallèlement, la notion de « bientraitance », qui correspond à une prise en charge globale du patient et de son entourage répondant à leurs attentes et

à leurs besoins, a fait son chemin parmi les spécialistes. Mais la réalité du phénomène de maltraitance en institution n'est apparue au grand jour qu'en 2009, avec le rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Véritable révélateur, ce recueil de témoignages expose des « petites négligences quotidiennes », des « attitudes indifférentes, déplacées, agres-

agences régionales de santé. Ils sont remis à titre gratuit sur la base d'un engagement à une bonne utilisation (charte MobiQual à signer). Une évaluation externe du programme est actuellement en cours.

Le Dr Ruault souhaiterait ainsi que cette approche globale du « prendre soin » des personnes fragiles progresse parmi les soignants, y compris dans les services de spécialités.

1. MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

<http://www.mobiquail.org/>
2. Anesm : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux.

« Les médecins sont à l'origine d'un très faible nombre de signalements. »



La bientraitance au cœur d'une charte

Dr Marie-José d'Alché-Gautier,
médecin de santé publique au CHU de Caen et médecin coordonnateur Réseau Bas-Normand Santé Qualité (RBNSQ).

Témoignage

« Dans le cadre des travaux communs de la Forap¹ et de la Haute Autorité de santé (HAS), notre réseau a mis en place un groupe régional pluriprofessionnel qui a élaboré une liste de dix engagements en matière de bientraitance : adopter en toutes circonstances une attitude professionnelle d'écoute, donner une information accessible, individuelle et loyale, respecter l'intégrité physique et psychique du patient, agir contre sa douleur... Harmonisé avec celui du réseau franc-comtois Requa, notre travail a abouti à une charte nationale diffusée par la HAS. Les équipes des établissements sanitaires et des EHPAD peuvent se l'approprier en s'interrogeant ensemble et régulièrement sur les différents points, et en les transposant en situations concrètes. Il est aussi important d'afficher la charte aux yeux de tous, en l'illustrant si possible pour en faire un document attrayant. »

1. Forap : Fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé

sives », des vexations en tout genre passées sous silence. Le médecin expliquant à une dame atteinte d'un cancer qu'il n'est pas très grave de lui retirer un sein à son âge, le patient alité duquel on éloigne sciemment la sonnette pour qu'il ne dérange pas le personnel surchargé, des parents trop pressants que l'on culpabilise devant leur enfant hospitalisé, des couches usagées dans lesquelles on laisse « mariner » le patient... Des maltraitements souvent liées à des problèmes d'organisation : sous-effectifs, manque de formation et de communication, dysfonctionnements. Suite à ce rapport, la HAS a engagé d'importants travaux de promotion de la bientraitance (voir l'entretien avec Véronique Ghadi p. 27).

Vaincre les réticences des médecins

Malgré leur position « privilégiée » de témoin des maltraitements envers les personnes âgées ou handicapées, les soignants – et les médecins en particulier – sont à l'origine d'un très faible nombre de signalements. « *J'ai animé un numéro d'accueil dans l'Essonne et sur 10 000 appels reçus en dix ans, presque aucun n'est venu d'un médecin* », confirme le Dr Duportet. Lequel y voit plusieurs raisons : confidant de la famille et astreint au secret professionnel, le médecin a des difficultés à dénoncer de tels actes ; peu formé à la dimension psychologique de la relation avec le malade, il peut être aveugle à certains signes d'alerte ; par ailleurs, il peut appréhender les



LES FORMES DE LA MALTRAITANCE

La maltraitance est définie par le Conseil de l'Europe en ces termes : violence se caractérisant par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. Une typologie des actes de maltraitance est venue compléter cette définition en 1992 :

- ▶ **Violences physiques** : coups, brûlures, ligotages, soins brusques...
- ▶ **Violences psychiques ou morales** : chantage, abus d'autorité, infantilisation, non-respect de l'intimité...
- ▶ **Violences matérielles et financières** : vols, exigence de pourboires, escroqueries...
- ▶ **Violences médicales** : abus de sédatifs, défaut de soins, non-prise en compte de la douleur...
- ▶ **Privation ou violation de droits** : limitation de la liberté, privation de l'exercice des droits civiques...
- ▶ **Négligences actives** : toutes formes de manquements pratiqués avec la conscience de nuire...
- ▶ **Négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.

observateur de signaux d'alerte qui doivent le conduire à une analyse de la situation :

- perception d'un délai important entre un traumatisme physique ou psychique et le recours au médecin;
- explications vagues, peu vraisemblables, données par le patient ou son entourage à propos de traumatismes ou de problèmes de santé;
- divergences notables dans l'anamnèse du patient et le récit de la personne qui s'en occupe, résultats médicaux ne correspondant pas à l'anamnèse;
- changements de langage et de comportement de la personne âgée selon qu'elle est seule ou accompagnée d'un proche;
- amaigrissement sans lien avec une pathologie reconnue...

« Il faut prendre garde aux conclusions hâtives et surtout ne pas juger, mais repérer des faits, tenter de les analyser et ne pas les garder pour soi », conclut le Dr Duportet.

suites administratives et/ou judiciaires découlant de son signalement. Sans compter des tabous et des mécanismes collectifs de déni qui peuvent être à l'œuvre au sein des établissements... Face à ces difficultés, le secteur associatif se propose d'aider le médecin à gérer ces situations, mais les pouvoirs publics doivent encore clarifier son champ de responsabilités. « D'où l'importance du nouveau Comité national pour la bientraitance et le respect des droits des personnes âgées et handicapées, réuni pour la première fois le 12 février »,

commente le président d'Habeo. Le Dr Irène Kahn-Bensaude, vice-présidente du conseil national de l'Ordre, siège d'ailleurs au nom de l'Ordre au sein de ce comité.

Des signes d'alerte à ne pas négliger

Ce n'est pas tant l'avancée en âge que l'accumulation de maladies chroniques et de handicaps divers, ainsi que l'isolement familial et social, qui rendent les personnes âgées fragiles et les exposent au risque de maltraitance, y compris en établissement. Dès lors, le médecin est un

Pour aller plus loin

- ▶ **La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé**, étude sur la base de témoignages, par Claire Compagnon et Véronique Ghadi, accessible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr
- ▶ **Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux**, par Alain Koskas, Véronique Desjardins et Jean-Pierre Médioni. Médiateur de la République, février 2011. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
- ▶ **Association Habeo** : www.habeo.org, réseau Alma : www.alma-france.org, consacré à la maltraitance des personnes âgées et des handicapés.
- ▶ **Ligne d'écoute 3977**, ouverte du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures, prix d'un appel local.

“ De petites négligences quotidiennes, des attitudes indifférentes, déplacées, agressives... ”

POINTS DE VUE extérieur



“ Un guide et des outils pour aider les professionnels au quotidien ”

Véronique Ghadi, chef de projet au sein du service Développement de la certification à la Haute Autorité de santé (HAS).

Interview

Comment la HAS promeut-elle la bientraitance dans les établissements ?

Véronique Ghadi :

Notre rapport sur la maltraitance ordinaire, en 2009,

a pu surprendre le milieu professionnel mais a été très bien accueilli par les soignants, car il parlait enfin d'une situation taboue et mal vécue par tous. Il a constitué une base solide pour réfléchir à des actions. Puis la HAS a inscrit la promotion de la bientraitance au cœur de la procédure de « certification » des établissements de santé, dont elle assure la gestion. Outre un critère spécifique sur la bientraitance figurant dans le manuel V2010, plusieurs autres sont liés au sujet : l'existence d'un système de gestion des plaintes et réclamations, le respect de l'intimité du patient, la confidentialité des informations ou encore l'accompagnement de l'entourage. Tous les hôpitaux et cliniques s'auto-évaluent sur ces points et nos experts-visiteurs les vérifient si besoin, même s'il est difficile d'évaluer une politique de bientraitance au cours d'une visite.

Parallèlement, la HAS s'est associée à la Fédération des organismes régionaux d'amélioration des pratiques et des organisations (Forap), qui regroupe dix structures régionales d'évaluation, afin d'élaborer des outils d'accompagnement des professionnels.

Quels sont ces outils ?

V. G. : La Forap a mené une enquête sur les actions des établissements en 2010, et constaté que beaucoup d'Ehpad et certains établissements de santé menaient déjà des formations et développaient des outils comme MobiQual. Dans plusieurs régions, des professionnels se sont portés volontaires pour élaborer des documents, qui ont ensuite été testés en établissement, puis adaptés si besoin. Un groupe de pilotage national a veillé à la complémentarité des travaux. Finalement, un guide proposant une stratégie de déploiement de bonnes pratiques est disponible depuis octobre dernier. Sept outils l'accompagnent : des questionnaires et une méthode visant à faciliter l'autoévaluation des pratiques, un guide pour définir une cartographie des risques

de maltraitance, une grille d'autocontrôle à remplir par les soignants, un outil d'animation d'équipe pour mettre en place des ateliers de simulation ou de réflexion, des conseils pour choisir une formation et, enfin, une charte de la bientraitance. Nous actualiserons ces outils selon les retours d'expérience.

Dans quelle mesure les médecins sont-ils concernés ?

V. G. : Ils ont une responsabilité individuelle dans la qualité de la relation avec leur patient, et un impact essentiel sur l'organisation des services. Il n'y a pas de réflexion possible sans eux. Comment informer son patient, entrer dans sa chambre et considérer la personne, débattre avec son équipe : nos outils les concernent bien évidemment et ils ont un rôle d'entraînement des équipes sur ces sujets. Les démarches de bientraitance relèvent d'un changement culturel, il faut donc multiplier les angles d'approche. Y compris en adaptant les formations initiale et continue des médecins.

POUR EN SAVOIR PLUS :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/promotion-de-la-bientraitance

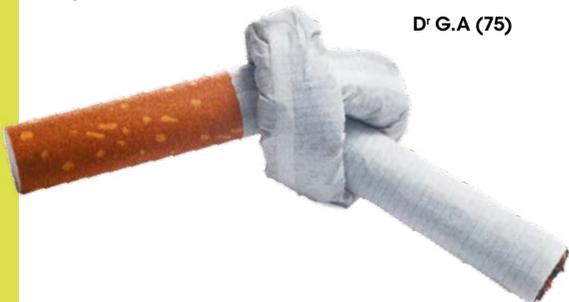


Vos réactions nous intéressent. Vous souhaitez réagir, commenter ou témoigner?

Envoyez vos messages à l'Ordre des médecins,
180, bd Haussmann, 75389 Paris Cedex 08
ou conseil.national@cn.medecin.fr

« Ce matin, avant de démarrer ma vacation d'IRM à 6h45, j'écoute France Info et je tombe sur une chronique où le journaliste dénigre de façon lamentable et choquante les médecins. On ne peut pas à mon sens laisser dire n'importe quoi sans impunité sur des ondes nationales, écoutées par tous.

D^r G.A (75)



Vous vous élevez contre des propos entendus sur France Info dont vous estimez qu'ils dénigrent de manière éhontée et choquante le corps médical. Le thème de cette chronique était la baisse des ventes de tabac et l'interrogation quant à savoir s'il fallait vraiment s'en réjouir. Ces propos ont été tenus dans le cadre d'une chronique intitulée « Il était une mauvaise foi ». Le titre de cette chronique dit bien qu'il ne faut jamais la prendre au premier degré. Le caractère usuellement et explicitement satirique et « décalé » de cette chronique ne permet pas de prendre au sérieux et sans distanciation son contenu. Nous comprenons toutefois fort bien votre réaction, mais nous sommes convaincus que la majorité des auditeurs habituels a bien perçu le sarcasme et la satire, de même que pour d'autres chroniques ayant concerné la démission du pape, la mort d'Arafat ou bien les embauches de Pôle emploi. Il en était certainement de même pour l'« Os à moelle » de Pierre Dac, je ne sais ce qu'il en sera pour le site Gorafi.fr.

D^r André Deseur,
rédacteur en chef de Médecins

FORMER DES SCIENTIFIQUES PLUTÔT QUE DES HUMANISTES

« Je viens prendre le contre-pied du courrier de notre confrère le D^r F.F. (50) paru dans le Bulletin n° 24, page 29. Tant mieux si le grec lui a permis de comprendre ce qu'est une « amnésie noétique » sans ouvrir un dictionnaire, et le latin de saisir d'emblée le sens de *primum non nocere*. Dans ma génération, il fallait d'abord obtenir le certificat PCB auprès de la faculté des sciences. Dans la sienne, peut-être déjà

les années de propédeutique avaient remplacé ce diplôme – mais pas son contenu. Et même l'enseignement de ce qu'il appelle le « raisonnement mathématique » comportait-il déjà quelques considérations rationnelles relatives aux applications à la médecine des données de la statistique mathématique – applications sans lesquelles on ne comprendrait pas la conduite d'un essai thérapeutique par exemple ou les notions

de démarche rétrospective (ou prospective). Quant à l'humanisme, il s'apprend par l'exemple donné par nos maîtres dans les hôpitaux. En particulier, cette maîtrise de nos émotions dans nos activités pédiatriques ou gériatriques. L'ère des recettes fait petit à petit place à l'ère des thérapeutiques prouvées. Ainsi soit-il pour le bien des patients.

D^r M.C. (02)

➤ Association Alma

Allô Maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées



➤ 1987

Le Conseil de l'Europe organise à Strasbourg un colloque sur « la violence au sein de la famille ». Médecin gériatologue, le Pr Hugonot préside la commission consacrée aux personnes âgées. C'est la première fois que cette problématique est abordée en France, alors que les États-Unis l'étudient depuis plusieurs années.

➤ 1992

Inspiré par le travail de Ida Hyde, médecin gériatologue en Norvège, le Pr Hugonot lance une première ligne d'appel téléphonique pour toute la France, puis il crée Alma à Grenoble (1994), où il réside.

➤ 2008

Le ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique instaure le dispositif national pour la lutte contre la maltraitance, la plate-forme 3977. Celle-ci est animée par Habeo (handicap, âge, bientraitance, écoute, orientation) et par Alma. Les problèmes de maltraitance sont traités par le réseau d'aide de proximité Alma.

Présente dans une grande majorité de départements, l'association Alma met à la disposition des particuliers, des professionnels et des institutions un réseau d'écouterants, spécialement formés et bénévoles. Ils travaillent en binôme pour recevoir les appels leur indiquant des cas, suspectés ou avérés, de maltraitance. Celle-ci peut être active (abus de neuroleptiques, violences, abus financiers) ou passive (absence d'aide à la marche, à la toilette...). Les écouterants se tournent ensuite vers les conseillers référents d'Alma, également bénévoles : ce sont d'anciens travailleurs sociaux, directeurs d'instituts médico-sociaux, médecins généralistes, juristes, psychiatres. Ils travaillent ensemble, dans un souci de pluridisciplinarité et de collégialité, pour réfléchir à chaque situation, obtenir des informations complémentaires, trouver les solutions les plus adaptées, joindre les appelants afin de leur apporter de l'aide. Ces mêmes référents peuvent à leur tour appeler les membres du comité de pilotage de l'association (ARS, préfet, conseil général, police...) pour être guidés dans les situations plus complexes ou faire agir les services concernés. Alma ne se déplace ni au domicile, ni dans les structures, selon sa charte éthique, mais se fait le médiateur entre les différents pro-

“ On ne connaît pas bien les facteurs de risque... ”

Pr Robert Moulia, président d'Allô Maltraitance des personnes âgées et/ou handicapées.

Témoignage

Quels sont les projets d'Alma dans les années à venir ?

Nous souhaiterions couvrir les vingt départements français qui ne disposent pas encore d'un centre d'appel Alma. Ainsi, nous aurions une réponse homogène sur tout le territoire. Nous devons également renforcer notre réseau de bénévoles et leur apporter, comme cela se fait déjà, une solide formation.

Et dans le domaine de la prévention ?

Il est essentiel. Finalement, on ne connaît pas si bien que cela les facteurs de risque de la maltraitance. Nous avons besoin d'études pour mieux la reconnaître et la prévenir. Il nous faut aussi mieux informer le grand public et les professionnels afin qu'ils apprennent à repérer et à éviter ces attitudes ou ces actes maltraitants. Je pense notamment aux médecins qui sont des témoins de première ligne. Ils sont dans une position délicate face à ce genre de situation. Nous devons les encourager à partager la responsabilité de ce qu'ils voient ou suspectent, à ne pas rester seuls et à demander conseil.

Envisagez-vous un état des lieux ?

Absolument. La rédaction par Alma d'un Livre blanc sur la maltraitance aurait le mérite de regrouper tout ce que nous savons après ces années d'expérience.

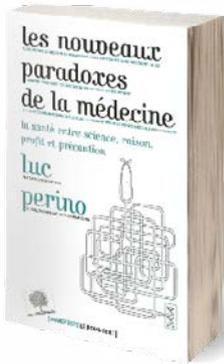
fessionnels susceptibles d'apporter une solution concrète. Désormais, dans un souci de prévention, Alma organise aussi des formations destinées aux professionnels – Ehpad, SSAD, encadrants, mandataires judiciaires etc.

+ D'INFOS

<http://www.alma-france.org/>



Les nouveaux paradoxes de la médecine



Pour recentrer la pratique médicale sur plus de réalisme et d'objectivité, ce livre audacieux éclaire les articulations complexes entre la médecine et la société, entre la science et le rêve, entre la santé publique et la démagogie, entre la statistique et la manipulation.

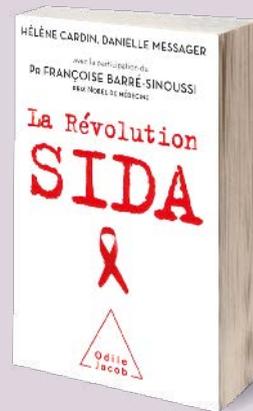
Il le fait avec un regard nouveau et original en abordant cinq paradoxes sanitaires encore très mal analysés. Loin d'être un réquisitoire contre la médecine, ce livre est un hymne à la science clinique, une observation rigoureuse et sereine de l'Histoire, des preuves et des faits. L'auteur, Luc Perino, médecin, écrivain, essayiste, blogueur et enseignant à l'université, est un passionné d'anthropologie et de biologie évolutionniste. Praticien de terrain, il a toujours défendu la médecine clinique et globale par la promotion d'une formation médicale indépendante et la vulgarisation des sciences biomédicales.

» *Les nouveaux paradoxes de la médecine*, de Luc Perino, éd. Le Pommier, septembre 2012, 20 euros.

La révolution sida

Trente millions de personnes ont été tuées en trente ans par le virus du sida dans le monde. Cette épidémie n'en finit pas d'infliger la mort, mais depuis quinze ans, grâce aux traitements, aux trithérapies, de très nombreux séropositifs vivent presque normalement avec cette maladie, devenue chronique. Le sida a tout perturbé, la science, la médecine, la politique, le domaine social et associatif, et a contraint la société française à se réformer au plus profond d'elle-même. C'est ce que raconte ce livre. Le combat contre cette maladie doit continuer car le virus, toujours aussi menaçant, n'a pas livré tous ses secrets. Et ceux qui le combattent doivent disposer des moyens nécessaires

pour qu'un monde sans sida soit un jour possible. La révolution sida a tout bouleversé, beaucoup reconstruit, elle est toujours en marche.



» *La révolution sida*, de Hélène Cardin et Danielle Messager, avec la participation du Pr Françoise Barré-Sinoussi, éd. Odile Jacob, 22,90 euros.

La dépression et son traitement : aspects méconnus



La dépression est une maladie taboue que, très souvent, ni le malade ni le médecin ne veulent reconnaître, ni soigner. Elle n'est pas de nature psychologique comme beaucoup le croient encore. C'est, en fait, une maladie chimique du système nerveux. Son dérèglement entraîne de nombreux troubles qui peuvent altérer sévèrement la qualité de vie. Beaucoup de ces troubles ne sont pas actuellement reconnus comme dépressifs, ce qui ne permet pas de les traiter efficacement. Bernard Maroy précise les mécanismes de la dépression, et révèle ses multiples

aspects incompris, entre autres digestifs et alcooliques. Il détaille une méthode de traitement, dont l'efficacité et la tolérance permettent de révolutionner la vie des malades. Ce livre s'adresse aux médecins comme au grand public, chacun pouvant picorer au fil de l'ouvrage les informations en fonction de son niveau de connaissances et de ses pôles d'intérêt. Mais, bien entendu, ce livre est aussi, pris dans son ensemble, la démonstration d'une conception nouvelle de la dépression et l'explication de la méthodologie thérapeutique qui en découle.

» *La dépression et son traitement : aspects méconnus*, de Bernard Maroy, coll. « Psychologiques », éd. L'Harmattan, 338 pages, 29,50 euros.

Le dictionnaire de médecine Lavoisier



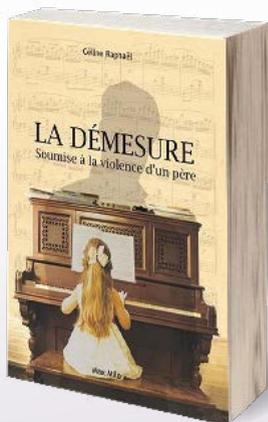
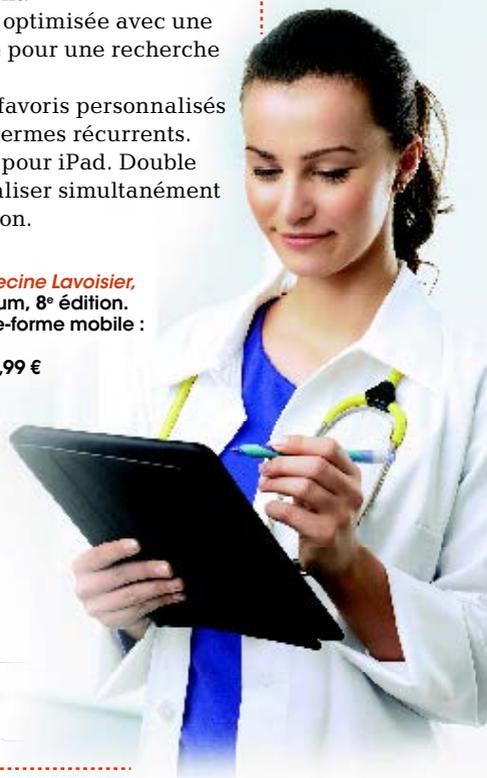
Le *Dictionnaire de médecine Lavoisier* est une référence professionnelle pour les étudiants et un outil de travail pour tous les professionnels de santé. En voici les principaux atouts :

- **Bilingue** : entrée par le terme français ou anglais pour retrouver les définitions en français.
- **Illustré** : des planches anatomiques qui facilitent la compréhension des termes concernant le corps humain.
- **Exhaustif** : tous les termes du langage médical actuel, couvrant toutes les spécialités médicales et chirurgicales et les sciences fondamentales.
- **Complet** : abréviations, sigles, synonymes pour chaque terme, étymologie, DCI des médicaments.
- **Professionnel** : écrit par plus de

200 spécialistes de renom, destiné aux professionnels de santé et adapté aux évolutions des disciplines et pratiques médicales.

- **Pratique** : outil toujours disponible ne nécessitant aucune connexion internet après téléchargement.
- **Intuitif** : interface optimisée avec une navigation intuitive pour une recherche rapide et efficace.
- **Personnalisable** : favoris personnalisés pour retrouver vos termes récurrents.
- **Interface adaptée** pour iPad. Double panneau pour visualiser simultanément l'index et la définition.

» *Dictionnaire de médecine Lavoisier*, par le D^r Serge Kernbaum, 8^e édition. Éditeur : Lavoisier. Plate-forme mobile : Unbound Medicine. Prix de l'application : 9,99 €



Soumise à la violence d'un père

Aujourd'hui médecin, Céline Raphaël livre un témoignage bouleversant sur la maltraitance dont elle fut victime pendant toute son enfance. Privée de nourriture, battue des années durant, enfermée, elle vit, enfant, sous la terreur d'un père qui exige qu'elle devienne un prodige du piano. Personne ne lui vient en aide. Une maltraitance d'autant plus invisible qu'elle se déroule dans un milieu bourgeois. Son père, diplômé de Sciences Po, major d'une grande école d'ingénieurs et directeur d'usine, est un notable que l'on ne soupçonne pas. C'est une infirmière scolaire, au lycée, qui se rend compte de l'état de l'adolescente anorexique qu'elle est devenue et lui sauvera la vie. Céline Raphaël ose alors raconter son calvaire et dénoncer son père. En fuyant sa famille, elle réussit à se reconstruire. À travers son témoignage, Céline Raphaël espère lever le tabou de la maltraitance infantile et

milite pour une meilleure formation des professionnels de santé au repérage et au signalement des enfants victimes.

» *La Démesure, soumise à la violence d'un père*, de Céline Raphaël, éd. Max Milo, 18 euros.

“ Chacun peut trouver sa place dans la réserve sanitaire! ”

Dr François Bandaly,
médecin réanimateur, chef de pôle des urgences,
du SMUR et de l'UHTCD de l'hôpital de Vierzon,
et réserviste sanitaire

Témoignage

La première fois que je suis parti en mission extérieure, c'était en 2004 pour participer au rapatriement des Français installés à Abidjan. J'ai enchaîné en 2006 avec deux missions sur Chypre lors de la guerre du Liban. À l'époque, l'Eprus, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, n'existait pas encore.

Après la création de l'Établissement en 2007, j'ai rejoint la réserve sanitaire de l'Eprus. Comme l'Eprus est un organisme d'État, lorsque l'on devient réserviste, on bénéficie d'un statut protecteur et d'un contrat signé avec notre employeur, en l'occurrence l'hôpital, qui nous assure une couverture juridique et financière. Pendant les missions, notre rémunération et tous nos droits sont pris en charge. C'est un point très rassurant. Les départs en mission sont d'ailleurs très encadrés. En tant que médecins, nous n'avons pas à nous charger des aspects administratifs et logistiques qui sont gérés par d'autres professionnels de l'Eprus. En cas d'alerte et si l'on est disponible pour la mission proposée, il suffit de rejoindre le lieu de rendez-vous, avec son paquetage!

Ma première mission pour l'Eprus, c'était pour porter secours aux blessés du séisme d'Haïti, en janvier 2010. J'étais basé à la Martinique, où nous devons réceptionner les victimes, effectuer le transfert sur Fort-de-France, depuis Port-au-Prince, des enfants qui devaient être adoptés en France et renforcer le Samu départemental. Je suis parti une deuxième fois pour participer au rapatriement des Français du Japon, après le tremblement de terre de Fukushima. J'ai également participé au poste médical avancé mis en place dans le cadre du G20, à Cannes.

Ces missions sont compatibles avec nos contraintes professionnelles car elles sont courtes (moins de quinze jours) et bien préparées. Pour ma part, j'apprécie de pouvoir ainsi exercer mon métier de médecin tout en représentant les intérêts de mon pays. À chaque départ, l'expérience est riche de rencontres, de découvertes, d'ouverture aux autres...

L'extrême variété des crises sanitaires nécessite un large éventail de compétences. Réanimateurs, chirurgiens, pédiatres, infectiologues et hygiénistes, gynécologues, psychiatres, urgentistes, généralistes, infirmiers, aides-soignants, administratifs de la santé... Il y a une place pour tout le monde!



©DR

PARCOURS

» 1986

Diplômé de la faculté de médecine de Paris La Pitié-Salpêtrière

» 1988

Deviens praticien hospitalier à l'hôpital de Vierzon (Cher)

» 1999

Nommé chef du service urgences-Smur-UHTCD à l'hôpital de Vierzon

» 2004

Participe au rapatriement des Français d'Abidjan avec le réseau SAMU

» 2009

Nommé chef de pôle urgences-Smur-UHTCD à l'hôpital de Vierzon

» 2010

Première mission comme réserviste de l'Eprus à Haïti

» 2011

Mars : réserviste au Japon
Oct.-nov. : réserviste dans le cadre du G20 à Cannes